SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 15 y 14 minutos)

La Comisión de Presupuesto Integrada con Hacienda tiene el agrado de recibir al señor Ministro de Salud Pública, al señor Subsecretario y asesores para considerar el Presupuesto de dicho Ministerio.

Tiene la palabra el señor Ministro.

SEÑOR MINISTRO.- Con mucho gusto concurrimos en la tarde de hoy a esta Comisión para presentar el Presupuesto de nuestra Cartera. Intentaremos ser breves, señor Presidente, en nuestra introducción, en virtud del arduo trabajo que sabemos que están llevando a cabo los señores Senadores. Además, en nuestro pasaje por la Cámara de Representantes ya hemos expuesto los considerandos más importantes respecto al enfoque de este Presupuesto.

Queremos decir que, desde nuestro punto de vista, este Presupuesto cuenta con algunas situaciones tendientes a continuar con las políticas que el Ministerio viene procesando desde Administraciones anteriores y es nuestro propósito implantarlas durante la nuestra.

Por otro lado, intenta corregir algunas situaciones, desde el punto de vista administrativo, que no se encontraban funcionando de manera correcta. A su vez, contiene un Capítulo, cuyos artículos 1º, 2º y 3º son los más importantes, a través del cual se plantea a este Parlamento una solicitud vinculada con la orientación que nosotros quisiéramos imprimirle al Ministerio como forma de lograr una mejor gestión del mismo, en cuanto al funcionamiento y al mejor aprovechamiento de los recursos económicos y humanos. Siempre estamos pensando en intentar llegar con una mejor atención sanitaria a la población que usa nuestros servicios.

Luego de esta pequeña introducción, quisiera ceder el uso de la palabra al doctor Repetto, para que explique qué pensamos respecto al primer artículo que intenta una reestructura de ASSE que, como saben los señores Senadores, implica la atención sanitaria y abarca aproximadamente el 95% del presupuesto del Ministerio.

SEÑOR REPETTO.- Nosotros vamos a tratar de presentar el artículo que hace referencia a la reestructura de ASSE y justificar por qué se necesita un plazo de tiempo para poderla desarrollar.

ASSE tiene una extensión de 64 unidades ejecutoras, 23 Centros de Salud y 400 policlínicas extendidas a lo largo y ancho del país. Por nuestra parte, intentamos realizar un trabajo técnico de planificación, donde se determine cuáles son los servicios que van a tener cada una de las dependencias de ASSE, la cantidad de cada uno de estos servicios y la calidad con que van a ser prestados. Una vez que tengamos definido claramente cuáles son los servicios que van a prestar las dependencias, vamos a tratar de estructurarlos y armarlos en una red asistencial donde se diga cuál es la referencia y la contrarreferencia de cada una de las dependencias.

Para poder graficar esto de una manera mejor, podemos decir que cuando una persona consulta en una policlínica rural, pretendemos que se establezca claramente cuál va a ser el lugar hacia dónde esta policlínica va a derivar al paciente, si el mismo excede su capacidad de resolución. Por ejemplo, puede enviar a la persona a un Centro Auxiliar; de éste a uno Departamental; de allí a un Hospital Regional y, por último, a los Hospitales Nacionales. De esta forma, se busca mejorar toda la estructura y la red de servicios, definiendo claramente cuál es el relacionamiento entre las distintas dependencias de ASSE y, a su vez, tendiendo a mejorar una estructura regionalizada de los hospitales en el interior del país, a través de la definición de cuatro a seis Centros Regionales que nos determinen y nos lleven a resolver una mayor cantidad de problemas a nivel del interior. Se trata de que no todos los pacientes tengan que ser derivados a Montevideo y de acercar la alta tecnología al interior del Uruguay. Se busca evitar traslados innecesarios que provocan perjuicios para el paciente, la familia y los acompañantes.

Esta estructura contiene una visión general que consiste en poder determinar cuáles son los servicios y las necesidades que tiene la unidad ejecutora en cuanto a recursos humanos, económico-financieros, materiales y de equipamiento, para desarrollar y prestar los servicios con buena calidad y a satisfacción de nuestros usuarios.

Todo esto está enmarcado dentro de uno de los objetivos estratégicos, tendiente a promover un cambio en el modelo de atención y fortalecer la atención del primer nivel. Para ello, estamos desarrollando todo un modelo de reestructura y necesitamos un plazo para poderlo validar a nivel de las distintas unidades ejecutoras y los efectores de salud. Estamos en la etapa de consultar a los técnicos especializados y a los profesionales, tanto de la Facultad de Medicina como de Salud Pública, de Montevideo y del interior, para que nos definan por especialidades cuáles son los servicios que se pueden prestar en los diferentes niveles de gestión. Una vez logrado esto, lo validaremos a nivel de las distintas unidades ejecutoras, teniendo en cuenta la población usuaria y las distancias entre dichas unidades ejecutoras.

Por todas estas razones, solicitamos un plazo de 180 días, a partir de la entrada en vigencia del Presupuesto, para presentar esta reestructura un poco más detallada.

SEÑOR MINISTRO.- En relación al segundo artículo, queremos decir que el mismo surge de un diagnóstico que nosotros hemos realizado y que también se encontraba dentro de los estudios hechos por consultoras internacionales que han trabajado específicamente en la problemática del Ministerio, en los que encontramos una alta dificultad respecto a la gestión.

El Ministerio tiene grandes dificultades en materia informática y de control; además, tampoco cuenta con el personal idóneo para alcanzar los objetivos de una buena gestión.

Por otro lado, creemos que más allá de todas las acciones que expuso el doctor Repetto y que el Ministerio puede llevar a cabo por sí mismo mediante su reestructura, es importante iniciar un camino para ver si es viable -tal como está explicado en este artículo,

que ha sido enriquecido en su pasaje por la Cámara de Representantes- la posibilidad de que algunas instituciones privadas de asistencia u organizaciones que muestren probada capacidad de gestión en el ámbito de la salud, efectúen convenios de gestión con el Ministerio, ya sea parciales o totales, en relación con los establecimientos asistenciales. Imaginamos estos convenios dentro de tres grandes parámetros que determinarían las reglas de juego y que están parcialmente explicitados en este artículo, así como en otros que serán fruto de la reglamentación que fijará el Poder Ejecutivo, de acuerdo con esta iniciativa, en caso de que resulte aprobada por los señores Senadores.

Como decía, esas tres condiciones básicas son, en primer lugar, el respeto hacia todo el funcionariado que actualmente se desempeña en cada una de las unidades ejecutoras, lo que significa que no habría ningún cambio desde el punto de vista funcional del personal de las mismas; en segundo término, pusimos otro acotamiento a este artículo, en cuanto a que los rubros asignados para la marcha de la unidad ejecutora no deben superar los que están previstos para el caso de que su actividad continúe tal como se desarrolla actualmente; el tercer requerimiento, y quizás el más importante, es que en el caso de que se llegue a algún acuerdo con alguna institución privada de asistencia, la canasta que se va a exigir en cuanto a las prestaciones que debe brindar quien se haga cargo de la gestión de la salud, debe ser igual a la que se otorga en el ámbito privado y no a la que ASSE da en estos momentos. Con esto procuramos fortalecer la atención del usuario de nuestros servicios, tratando de determinar, mediante esta vía experimental, si es posible acabar con eso que a todos nos duele de que en el Uruguay se hable de una salud para ricos y de otra para pobres.

En caso de que este sistema resulte viable -por eso le damos carácter experimental y gradual, y su puesta en práctica se ha limitado a seis centros, con lo que estamos totalmente de acuerdo- creemos que con una reorganización de la utilización de los recursos económicos y humanos y la prueba de esta nueva gestión, quizás tengamos una herramienta con la que el Ministerio podrá contar para mejorar su nivel de asistencia. Sabemos -y nos consta que es así- que supone un cambio muy marcado respecto de la actual prestación de servicios de nuestro sistema asistencial. Sin embargo, vale la pena aprovechar la oportunidad para determinar si este sistema es efectivo confiados, además, en que todo esto estará bajo el control contable y administrativo, desde el punto de vista financiero, del TOCAF y del TOFUC, que testimonian el buen uso de los dineros públicos.

Por otro lado, deseamos complementar -para el caso de que esto que estamos solicitando se implementara- la idea, porque podríamos designar, en cada una de las unidades donde se ponga en marcha el sistema, una comisión representativa de la localidad. Estamos pensando en personas que no tengan ningún vínculo político y que sean representativas de la sociedad civil, que actúen como los oídos del Ministerio a propósito del buen funcionamiento de este sistema.

A través de este mecanismo estamos pensando, fundamentalmente, en el ejercicio parcial de la potestad que estamos solicitando y buscamos fomentar la coordinación de las tareas y los recursos entre los sectores privados y públicos, que muchas veces se encuentran duplicados o sobrepuestos, lo que aumenta los costos de cada una de las administraciones. Es absurdo que en localidades pequeñas, por ejemplo, existan médicos de retén o puertas de emergencia abiertas para situaciones que difícilmente se presenten. Además, en la mayoría de los casos es el mismo médico o funcionario quien cubre el servicio que se presta.

Reitero que este camino que estamos proponiendo al Parlamento es a los efectos de ver si podemos alcanzar ese objetivo común de mejorar el nivel de atención del usuario con los recursos de que dispone nuestro Ministerio.

SEÑOR CID.- En realidad, con la propuesta que hacen las autoridades del Ministerio de Salud Pública -que quiero decir, filosóficamente uno no puede discrepar con la búsqueda de armonización de los dos subsistemas del área pública y de la privada- hay una serie de aceptaciones que resultan llamativas.

De alguna manera el Ministerio reconoce una incapacidad de gestión de sus establecimientos, que creo no es un tema menor. Seguramente, esa incapacidad de gestión está vinculada a un privilegio de otras condiciones, más allá de las formativas, que los Directores de gestión deberían tener en nuestros centros asistenciales, cosa que fue reiteradamente denunciada, señalada públicamente y no desmentida. Inclusive, el señor Ministro lo ha reconocido en una de sus primeras actuaciones públicas respecto a cómo caracterizar al Ministerio a su cargo. Esto nos preocupa, porque llevar el subsector público al gerenciamiento por el subsector privado, encierra riesgos indudables.

En primer término, porque una de las figuras que más nos ha perturbado en la anterior Legislatura es esa suerte de conjunción entre el interés privado y público que aquí, de alguna manera, el Poder Legislativo lo estaría avalando y respaldando al aprobar este proyecto. Me parece que este es un hecho indudable.

En segundo lugar, uno tiene la percepción de que se parte de la base de que el Presupuesto de Salud Pública es capaz de dar asistencia al mismo nivel que el subsector privado; partimos, pues, de una discusión en la cual tenemos puntos de arranque absolutamente distintos. No creo que con $ 3 de cada $ 10 que destina Salud Pública con respecto al subsector privado, que destina los otros $ 7, podamos llegar al mismo nivel. Hay una asimetría de aportes y recursos por socios e instituciones que son absolutamente críticas. Entonces, el tema no es solamente de gestión, que también puede haberlo. Sabemos que el Ministerio compra mal, de una manera más costosa que el subsector privado, que hay escasa dedicación, porque los salarios son escasos; que no hay responsabilidad estrictamente asignada dentro del área de Salud Pública, ni tampoco mecanismos de contralor eficientes y eficaces; que la performance de esa Secretaría de Estado es muy deficitaria en su conjunto, pero en el interior va a transferirse la responsabilidad de las instituciones de asistencia médica pública al sector privado, dando la señal y generando la imagen de que hay dos tipos de asistencia médica, porque el hecho de que el gerenciamiento con escasos recursos se lleve al sistema privado, no quiere decir que se alcance el mismo nivel.

Por lo tanto, creo entender que el señor Ministro acepta que esa asimetría permitiría lograr el mismo nivel que en el área privada -esto es un hecho significativo- pero tengo otra percepción, y en esto me voy a remitir a la versión taquigráfica de la Cámara de Representantes, en donde el contador Fernández Ameglio hizo una serie de afirmaciones que, por lo menos a mí, me despertaron mucha preocupación, porque refiriéndose a este tema en cuestión, señalaba que era inviable pensar que, de un día para otro, con una varita mágica, podría transformar las direcciones de los centros asistenciales del país en eficientes, serias, honestas e independientes de la estructura del sector privado. Quiero, entonces, que se precisen los otros adjetivos utilizados por el señor Ministro que son "ineficientes", "serios", "honestos" e "independientes". Aquí hay afirmaciones de ineficiencia, de falta de seriedad, de deshonestidad, de pérdida de independencia con el sector privado al que vamos a transferir la responsabilidad de gerenciamiento de las instituciones públicas.

Por lo tanto, expreso mi discrepancia con esta propuesta. Creo que partimos de una afirmación que es absolutamente de justificación de una asimetría de asignación de recursos que en el área pública es absolutamente insuficiente para dar un nivel decoroso, que no va a resolver los problemas y que nos va a traer dolores de cabeza.

En lo que tiene que ver con esa conjunción de intereses que muchas veces se ha dado en el interior del país, debo decir que reiteradamente se ha denunciado que allí instituciones privadas utilizaron los hospitales de salud pública para beneficio propio. No lo digo con carácter general ni universal, sino como hechos concretos que nos replantean el tema.

En consecuencia, nos gustaría que el señor Ministro nos contestara, por qué se acepta que con $ 3 de los $ 10 que se gastan en salud se puede llegar al mismo nivel que el del subsector privado, tenemos que llegar a la conclusión de aceptar que éste está gastando más de $ 3 por cada $ 10 de una manera absolutamente ineficiente y que si lleváramos los presupuestos de las instituciones de asistencia médica colectiva al de Salud Pública, podríamos estar abatiendo la cuota mutual en un 50%. Nos gustaría, repito, que el señor Ministro profundizara en este razonamiento.

SEÑOR RUBIO.- Hemos visto todo este proceso y lo hemos evaluado parcialmente, porque la información de que disponemos es escasa a pesar de que, en numerosas reuniones, solicitamos una evaluación del proceso de reforma del Estado, que ha estado dirigido en el quinquenio anterior por el CEPRE. Entonces, por lo que veo, ahora que se proyecta una extensión del sistema, quisiera saber qué se piensa en cuanto al alcance, en cuanto a si para el nivel gerencial y de alta especialización que se prevé en el artículo 245 se ha pensado en contrataciones o en promociones internas o en una combinación de ambas cosas, y por cuáles procedimientos se lo hará.

SEÑOR MINISTRO.- Intentaremos contestar las inquietudes del señor Senador Cid.

Reafirmamos lo dicho en la Cámara de Representantes respecto a la problemática que tiene el Ministerio en su gestión, en cuanto a que los servicios son ineficientes y a que dentro del plantel de Salud Pública puede existir, como definió el señor Senador, escasa dedicación o poca responsabilidad de acuerdo a la tarea a cumplir o falta de contralores. Todo eso, sumado a la conjunción de intereses del sector privado y del sector público en el interior del país, es lo que queremos evitar. Quienes tienen alguna relación con el Ministerio saben que hay abuso respecto a los fondos y a los recursos que se han destinado para el funcionamiento de sus hospitales. Es por ello que tenemos dos alternativas.

Es muy difícil decir, repitiendo las palabras que pronuncié en la Cámara de Representantes, que nosotros, con una varita mágica y de un día para otro, podamos cambiar este esquema ineficiente e inactivo que funciona a través de toda la red del Ministerio. También es muy difícil pensar que por medio de contralores se pueda mejorar la gestión de los mismos sin buscar alguna forma de vinculación con los actores privados. Entonces, en lugar de caminar por senderos separados y opuestos, optamos por recorrer un camino juntos que sincere la relación y que haga posible eliminar estos desvíos que se procesan en el día de hoy y que son de conocimiento público. Estamos convencidos de que esta alternativa de caminar juntos, de alguna manera, va a cristalinizar y sincerar la relación, y se va a ver beneficiado el sector privado que -me adelanto a decir- no está limitado solamente a una institución, y me refiero a la más importante del interior del país que todos conocemos.

Por eso mismo hemos abierto la posibilidad de que puedan acceder a este sistema otras organizaciones que demuestren probada capacidad de gestión en el ámbito de la salud.

Se ha hecho algún Banco de pruebas con respecto a la posibilidad real de que esta situación sea viable. Habría que conocer en detalle las paramétricas de costos de cada uno de los servicios, tanto en el área privada como en la pública, para demostrar que con gestiones eficientes y de buena administración estamos muy cerca de que esto pueda ser viable. También hay que tener en cuenta otros aspectos, como por ejemplo, el fenómeno de la doble cobertura que hoy día se da en el interior del país; me refiero a aquel ciudadano que es socio de una mutualista y que, por otro lado, recurre al hospital público para retirar medicamentos o para ser atendido de otra manera, porque no puede hacer frente al pago de la orden o ticket que le cobra la mutualista.

El señor Senador Cid también exponía claramente que hay denuncias de mal uso de hospitales. Déjenme decir que coincidimos respecto a ese diagnóstico.

Anteriormente dijimos cómo está acotada la solicitud que hacemos en materia de recursos financieros y humanos. Además, el funcionamiento futuro de este sistema quedó sujeto a la aprobación del Parlamento. Estamos convencidos de que vale la pena intentar recorrer este camino basado, naturalmente, en políticas no sólo asistenciales, sino económicas de buena gestión, que hagan engordar esos tres pesos, mediante un adecuado sistema de compras. También comparto lo que dijo el señor Senador Cid -y lo que he reiterado muchas veces- en el sentido de lo mal que está comprando el Ministerio a precios a veces tres y cuatro veces por encima de los que podemos encontrar en el mercado.

Por lo tanto, esta solicitud que alude a este artículo en particular, no debemos verla en forma aislada, porque forma parte de un conjunto de políticas que intenta llevar adelante el Ministerio. Las políticas de buena administración en su globalidad pasan por muchos aspectos: desde que el funcionario trabaje y cumpla con su deber, que el Ministerio logre establecer sistemas de compra adecuados y acordes a los precios lógicos que deben pagarse en el mercado, incluso de abaratamiento utilizando otros medios que pueden ponerse en marcha, etcétera.

Si logramos una reestructura como la que está planteada en el artículo antes mencionado, dando eficiencia a los sistemas, evitando traslados y estudios innecesarios, creemos firmemente que vale la pena transitar este camino.

Muchas gracias, señor Presidente.

SEÑOR REPETTO.- Con referencia a la pregunta formulada por el señor Senador Rubio que alude al artículo anterior en el que se plantea la reestructura de ASSE, estableciendo un sistema de alta gerencia, especialización y prioridad u otro igualmente idóneo, debo manifestar que la intención es dotar al Ministerio de Salud Pública y a las unidades ejecutoras de equipos gerenciales profesionalizados en los aspectos técnicos, con un Director, un Subdirector Técnico, Gerentes o Encargados de Sector o de Area, y donde funcionará el sector de internación, el sector ambulatorio y los servicios de apoyo. A su vez, dentro del sector ambulatorio pensamos nombrar un coordinador para las policlínicas periféricas y rurales en los departamentos del interior para dar prioridad al

primer nivel de atención en salud. Con respecto a la parte administrativa, se necesita contar con un Administrador, un Contador -sobre todo para el área financiero contable- un Gerente de Recursos Humanos y un Gerente de Mantenimiento.

Por lo tanto, específicamente para esta parte del artículo estamos pensando en recursos humanos calificados para incorporar luego de que se cree la estructura definitiva. Lo que planteamos con la reforma es crear la reestructura, una vez que tengamos definida la estructura. Por supuesto que la que estamos planteando es para un hospital de porte mediano a alto y no para unidades ejecutoras pequeñas.

Lo primero que vamos a hacer es verificar si dentro de la estructura contamos con el personal calificado al que podamos mejorar la estructura orgánica y el nivel que ocupa en ella. De no ser así, tendremos que incorporar el personal mediante los mecanismos previstos por el Ministerio, que varía según el cargo y si es o no profesional. Existe un mecanismo de incorporación establecido por decreto para los no profesionales y otro para los profesionales, que es diferente y que, incluso, está en revisión para poder lograr efectivizar la incorporación mediante los concursos correspondientes.

SEÑOR MICHELINI.- Tengo algunas inquietudes con relación al artículo 246.

En primer lugar, me gustaría saber si se van a predeterminar los universos de las instituciones con las que se va a hacer convenio. De no ser así, podría surgir una confusión en cuanto a quién asiste la actividad privada de la salud, mutualista o cooperativa y a quién asiste la institución pública que estaría realizando el convenio.

El segundo punto que quería consultar es el siguiente.

Si bien el artículo refiere a seis experiencias iniciales, no sabemos cuáles son y puede ocurrir que ellas se den en un ámbito en el que haya competencia a nivel privado. Cuando se da en lugares donde no existe competencia, está casi determinado cómo se va a hacer la experiencia; sin embargo, si se da en un lugar donde hay competencia, cómo se va a elegir el interlocutor, porque no es lo mismo que esto ocurra en un departamento del norte del país que en Maldonado, por ejemplo, donde los aspirantes a firmar este tipo de convenios pueden ser muchos. No sé si hay algo resuelto en cuanto a ese mecanismo.

El tercer aspecto al que me quería referir es el siguiente. En ese artículo se expresa: "Transcurrido ese lapso," -estamos hablando de un año- "se efectuará un análisis sobre los resultados obtenidos dando cuenta del mismo al Poder Legislativo, quien podrá habilitar la extensión o suspensión de la experiencia." Más allá de la redacción de este artículo, me pregunto si estamos autorizando seis experiencias puntuales y si transcurrido esto se va a -si el Poder Ejecutivo así lo considera- pedir autorización legislativa para más experiencias, en función de lo cual se darán las explicaciones del caso. Entonces, en cuanto a la frase "quien podrá habilitar la extensión o suspensión de la experiencia", debo decir que si sólo lo referimos a seis experiencias, es obvio que el Parlamento deberá dar trámite normativo si se quiere habilitar otras. Por lo tanto, pienso que aquí hay un problema de redacción y no me queda claro cuál es el alcance. No sé si, por un lado, comunican al Poder Legislativo las bondades supuestas de la experiencia -si no es así, no las va a comunicar- lo que implicaría una autorización automática a nuevas experiencias o si, por otro, se necesita una nueva ley -sea presupuestal o no- para habilitarlas.

Estas son las tres preguntas que quería realizar.

SEÑOR MINISTRO.- Con respecto a los universos, debo decir que naturalmente aún no están definidos, porque recién estamos en la etapa de ver si contamos con la voluntad de la Asamblea para aprobar este artículo y, por ende, si ponemos en funcionamiento este sistema. Lo que sí quiero adelantar es que estamos visualizando en este tema una definición clara de los convenios que se vayan a firmar en cuanto a la población que debe ser asistida por quien se encuadre dentro de la propuesta que estamos haciendo. Naturalmente que cada unidad ejecutora tiene distintos subcentros a su cargo, e incluso, en el proyecto original habíamos hablado de zonas geográficas, que es imprescindible para la fijación del precio de los contratos que se vayan a firmar. Adelantamos que nuestra intención es ser muy estrictos y transparentes y vamos a disponer que todas las cláusulas -dicho esto en términos criollos sean a favor del Estado para estar atentos a cualquier dificultad que se produzca en el proceso de ejecución del convenio. Además, vamos a exigir garantías económicas y técnicas suficientes a quienes se presenten a estas intenciones en el sentido de que puedan llevar adelante, potencialmente con éxito, esta experiencia. Quiere decir que en definitiva los universos van a estar claramente definidos y los convenios van a ser absolutamente fuertes puesto que allí se van a formalizar el plan asistencial, las políticas de procedimientos, el vademécum de medicamentos a usar, los protocolos correspondientes y todo lo que hace a lo que, desde nuestro punto de vista, debe ser una buena gestión hospitalaria, siempre pensando en el servicio al usuario.

Asimismo vamos a ser muy claros respecto a la cláusula gatillo de desenganche para el caso de incumplimiento. Incluso, estamos pensando que esto va a quedar también con un seguimiento que se hará por parte de una auditoría técnica y económica del Ministerio de Salud Pública la que analizará el funcionamiento día a día teniendo en cuenta lo comprometido o pactado en los convenios correspondientes.

Con respecto a la segunda pregunta planteada por el señor Senador en cuanto a si únicamente son seis y a la redacción de la parte final de este artículo que se refiere a la extensión o suspensión de la experiencia, coincidimos con él en cuanto a que no es clara esa parte. Como imaginarán los señores Senadores, este artículo tuvo varias idas y venidas de negociaciones y acuerdos con los señores Legisladores y finalmente quedó esta frase, que comparto no es feliz. Digo esto porque lo que estaba previsto era una primera aprobación e iniciar la experiencia en seis centros hospitalarios -para hospitales departamentales- y si era de recibo por el Parlamento lo realizado, inmediatamente se habilitaban seis hospitales más para el año siguiente. Así se procedería consecuentemente para ir extendiendo la experiencia en el caso de que fuera positiva. Esa era la filosofía que se buscaba y repito que estoy de acuerdo con el señor Senador Michelini que aquí tampoco se ha determinado claramente cuál es el mecanismo del Poder Legislativo -dónde o cómo- para que pueda precisar si aprueba o no la experiencia. Entonces, es de recibo la inquietud del señor Senador en cuanto a darle más transparencia o claridad a este punto.

El señor Senador se refirió también a cómo se resolvería la situación en los lugares donde hubiera competencia. En este sentido queremos ser claros; por más que entendemos que esto es difícil porque no tiene nombre ni apellido, buscamos la mayor cristalinidad y transparencia, a fin de darle oportunidad a todos los que se interesen por participar en los lugares que determinemos si es que es aprobado. En el caso de que nos encontremos en un lugar donde haya más de un interesado, naturalmente armaremos el sistema más idóneo para encontrar la cristalinidad y la transparencia necesarias para el procedimiento de

adjudicación del convenio. Lógicamente vamos a pedir lo que dije anteriormente: garantías respecto a la calidad a brindar e, incluso, avales económicos en cuanto a la posibilidad de cumplir con los compromisos proyectados.

SEÑOR COURIEL.- Mi pregunta tiende simplemente a aclarar los conceptos vertidos sobre el artículo 246.

En realidad uno supone que Salud Pública desea atender a los sectores sobre todo de menores ingresos. En este sentido, aquí han habido objeciones de recursos -70% para el sector privado y 30% para el público- y opiniones distintas sobre la capacidad de gestión que a veces tiene que ver con los recursos. Como no me quedaron claras las respuestas del señor Ministro de Salud Pública sobre estos dos puntos y tampoco el destinatario de estos servicios, quizás el señor Ministro se podría ubicar en una localidad determinada y dar un ejemplo concreto de cómo se puede hacer un convenio de esta naturaleza. De pronto eso nos ayudaría mucho a entender el universo, los recursos con los cuales se cuenta y la capacidad de mejora de gestión para atender mucho más eficientemente a los sectores sociales más necesitados.

SEÑOR MINISTRO.- Creo que la gama de experiencias que potencialmente uno se puede imaginar es muy amplia, pero de todas maneras intentaré satisfacer al señor Senador Couriel respecto a su inquietud. En primer lugar, podemos hablar de localidades chicas, incluso, donde no haya un centro hospitalario, o sea, un hospital departamental, sino simplemente centros auxiliares u otro tipo de centros de salud, que es la otra categoría que existe, sin llegar a las policlínicas. Ya que el señor Senador Couriel quiere manejar casos concretos, tomemos como ejemplo a Cerro Chato. Allí existe un centro auxiliar del Ministerio de Salud Pública, una sede secundaria de IAC -que es una Institución de Asistencia Colectiva de Treinta y Tres- una sede de Médica Uruguaya y también una de FEMI. Quiere decir que tenemos cuatro instituciones con sus puertas abiertas, cada una prestando una gama distinta de servicios, con costos fijos instalados, tanto en las públicas como en las privadas. Asimismo, cabe destacar que el centro auxiliar del Ministerio tiene internación y rayos X, mientras que las otras instituciones carecen de estos servicios. Sin embargo, éstas últimas poseen médicos especialistas que viajan y que una vez a la semana atienden en especialidades que el Ministerio de Salud Pública no tiene en ese centro. Como saben los señores Senadores, el funcionamiento de un centro auxiliar y del personal médico, es de 4 horas para Salud Pública, pero de 24 la totalidad del servicio. Por lo tanto, las otras 20 horas restantes deben cubrirse con médicos retenes -como se denominan en la jerga médica- que están en su casa recibiendo remuneraciones del Ministerio de Salud Pública. En el caso puntual de Cerro Chato los médicos también están en carácter de retén de las otras instituciones privadas. Por su parte, cada una de las cuatro instituciones debe tener un médico de urgencia a la orden por cualquier accidente o situación traumática que se pueda presentar.

En suma, existe una serie de situaciones reiteradas que hace posible pensar que el Ministerio de Salud Pública, con su centro auxiliar, sea más fuerte que el resto de las instituciones que, de alguna manera, están siendo ineficientes en la prestación de sus servicios. Creo que si en Cerro Chato coordinamos actividades, Salud Pública puede lograr economías y beneficios a su favor, frente a los ahorros que le puede presentar a las instituciones médicas privadas. Quiere decir que ahí quedaría un crédito desde el punto de vista de esa negociación, a favor de Salud Pública. Si imaginamos a Cerro Chato dentro del contexto de Treinta y Tres y lo sumamos a la ciudad departamental, quizás allí se dé otra problemática totalmente distinta, en la cual los números se den a la inversa. Entonces, proponemos, en cuanto a la inquietud planteada por el señor Senador Michelini, observar este tema no desde un centro, sino desde un universo, que abarque una cantidad de usuarios suficiente y necesaria como para lograr alguna economía de escala y mejorar los servicios, complementándolos en alguna situación e integrándolos en otras. En fin, se trata de una serie de manejos de buena administración que, naturalmente, el señor Senador Couriel conoce muy bien, que lleven a que la ecuación global sea favorable. De esa manera, esperamos que ese 30 % "engorde" sobre la base de economía de conjuntos y haga posible que por ahorros a las instituciones privadas -que le van a significar este tipo de convenios- y por beneficios que logren las estructuras de nuestro Ministerio, se llegue a un número que se pueda volcar a una atención pareja e igualitaria para todas las personas que estén dentro de dicha área geográfica.

SEÑOR NIN NOVOA.- Como comprenderán los señores Senadores, la cortedad de preguntar responde a que aquí hay muchos médicos. Entonces, uno teme a veces incursionar en algunos temas que otros Senadores manejan con notable solvencia.

Cuando se dice que el financiamiento de los convenios será con cargo a las asignaciones presupuestarias del Programa de la respectiva unidad ejecutora, exceptuando las partidas del Rubro 0 "Servicios Personales", de alguna forma se está diciendo que los funcionarios van a continuar siendo remunerados por Salud Pública. Me gustaría saber qué tareas van a realizar estos funcionarios y dónde las van a desempeñar.

SEÑOR MINISTRO.- Los funcionarios seguirán siendo funcionarios públicos, tal cual es su característica y van a seguir cumpliendo funciones dentro de la actividad pública, percibiendo la remuneración que reciben al día de hoy.

SEÑOR NIN NOVOA.- Voy a reformular mi pregunta. No me estoy refiriendo a la estabilidad laboral, sino a cuál va a ser el desempeño de las funciones, si van a estar a la orden de la mutualista con la cual se hace el convenio, si van a estar en el centro auxiliar o en el hospital local.

SEÑOR MINISTRO.- La jerarquía funcional del centro auxiliar seguirá siendo el Director del centro, que es quien necesariamente debe seguir la jerarquía máxima de la organización pública. No estamos previendo que funcionarios del centro auxiliar pasen a desempeñar tareas -y uso un término común en nuestras actividades- en comisión a la actividad privada, sino que seguirán cumpliendo tareas dentro de la organización Ministerio de Salud Pública, en el centro que corresponda. No obstante, como sucede en cualquier actividad, hoy un Director de hospital puede cambiar la tarea que está realizando un funcionario y trasladarlo, dentro de la unidad ejecutora que corresponda, a cumplir otra función. Para el caso de que se determine que exista algún personal excedentario, cumplirá con la reglamentación que hoy está vigente, de acuerdo con las normas de funcionario público y a los reglamentos del Ministerio de Salud Pública. Entonces, aquí es posible que se le dé otro destino y puede pasar a cumplir tareas, si es su voluntad, en otra unidad ejecutora.

SEÑOR GARGANO.- Pido disculpas porque creo no entender la última parte del planteo del señor Ministro, con el texto a la vista. Aquí se dice que se podrán celebrar convenios parciales o totales de gestión de sus establecimientos asistenciales. Pongo una hipótesis para entender. El señor Ministro ha dicho que el funcionario público que trabaja en el hospital está sometido a la jerarquía del Director del centro asistencial; pero si se celebra un convenio y al frente de la gestión hay una institución privada que nombra a un Director, ¿a quién obedece? ¿Al Director del sector privado o al del sector público? Lo pregunto sinceramente porque no

entiendo cómo funciona esto; me parece que puede ser una fuente de conflictos y, a lo mejor, de no prestación correcta de los servicios.

SEÑOR RIESGO.- Creo que hay una confusión entre lo que es gestión y lo que es dirección. Una cosa son los convenios de gestión y otra la dirección de la unidad ejecutora. En ninguna parte del artículo se menciona que el Director de la unidad ejecutora va a ser el que acuerda con el Ministerio la gestión. El Director va a seguir siendo exactamente el mismo. No viene a la cuestión, no cambia; es el responsable, será el controlador, será quien vea que las cuestiones funcionen, el que eleve los informes respectivos, pero no hay que confundir gestión con dirección.

SEÑOR MINISTRO.- Creo que la aclaración del señor Senador Riesgo explica bastante el concepto. No estamos diciendo que el Director de la unidad lo vaya a poner quien celebre el convenio con el Ministerio, sino que estamos contratando la gestión del Ministerio. Seguimos pensando que el Director -no sé si podríamos hacerlo por ley porque el Director del hospital tiene que ser un funcionario público- seguirá siendo un funcionario público que velará por los intereses del cumplimiento de todo lo que estamos estableciendo en los convenios y las garantías respecto de las normas que el Estado exige. La gestión será estar a cargo de tareas que estarán en directa relación con el Director que será responsable de lo pactado en el convenio.

SEÑOR PRESIDENTE.- Ingresamos al análisis del articulado. Le cedemos la palabra al señor Ministro, que procederá al análisis de cada uno. Si considera que algún artículo ya ha sido suficientemente analizado, podrá omitir su presentación.

SEÑOR MINISTRO.- Cuando estuvimos en la Cámara de Representantes, a los efectos de darle mayor celeridad al tema, en lugar de nosotros exponer sobre cada artículo, los señores Representantes que tenían dudas nos hacían las preguntas del caso. No sé si este es el sistema que está proponiendo el señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- El procedimiento de estilo es que el señor Ministro se refiera a cada artículo en cuestión; si quiere hacer alguna aclaración la hará, y si algún señor Senador desea formularle alguna pregunta, la formulará; pero tenemos que trabajar sobre la base del articulado aprobado en la Cámara de Representantes. Por consiguiente, correspondería analizar el artículo 245 y así sucesivamente.

SEÑOR MINISTRO.- El artículo 245 ya lo hemos visto y considero que está suficientemente analizado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, pasaríamos al artículo 246, aunque también fue analizado.

SEÑOR LARRAÑAGA.- Evidentemente, vimos ese artículo, pero puedo no lo hemos entendido en profundidad. Me encuentro en la misma situación que el señor Senador Nin Novoa.

Creo que en el artículo 246 están previstas relaciones de coordinación, como la expresada por el señor Ministro en Cerro Chato, que me parece que es un buen ejemplo, pues hay instituciones privadas y públicas que prestan tareas que, de coordinarse, podrían tender, precisamente, a obtener una mejor racionalidad en la aplicación de sus recursos.

El artículo 246 dice: "Facúltase al Ministerio de Salud Pública a celebrar, con carácter experimental, con instituciones privadas de asistencia u organizaciones que demuestren probada capacidad de gestión en el ámbito de la salud", etcétera. ¿Y quiénes pueden demostrar probada capacidad en el ámbito de la salud? Solamente las instituciones de asistencia médica, no otras. Entonces, esos convenios entre el Ministerio de Salud Pública y esas instituciones con probada vocación en materia de salud que involucra las distintas unidades que puedan estar en el objeto del convenio ¿hacen una especie de cesión de funciones del Ministerio de Salud Pública a esa institución en cuanto a lo que significa la prestación de los servicios de salud? ¿Cómo se va a dar esa relación en cuanto a la unidad ejecutora Centro Asistencial con su Director de Cerro Chato, por ejemplo, con FEMI? En el convenio que se realice, ¿va a haber, obviamente con esa institución co-contratante, una especie de relación de subordinación en la prestación de sus servicios médicos? ¿He entendido bien? Perdóneseme la ignorancia, pero prefiero ser ignorante un minuto y no toda la vida.

SEÑOR GARCÍA COSTA.- Voy a tratar de colaborar en estas aclaraciones, que para mí también son difíciles de entender. Aparentemente, por lo que se está hablando, se está confundiendo la figura del Director y con la del Administrador de los centros hospitalarios. Todo lo que estamos pensando acá se refiere a la figura del Administrador y no pensamos sustituir al Director. Éste es el que dice, por ejemplo, que determinado paciente tiene una enfermedad de urgencia o de emergencia y que hay que operarlo o no; conversa con sus colegas, establece aspectos que son necesarios, como por ejemplo, que es absolutamente imprescindible obtener con tiempo tal remedio, etcétera. Por lo tanto, el Director es un médico trabajando. El otro es el Administrador que implementa y pone en marcha todo ese cúmulo de disposiciones que van emanando de los centros técnicos en que actuó, fundamentalmente del Director.

¿Lo que se está buscando es ayudar a la Administración más que la Dirección? ¿No es tener un Administrador que sepa llevar adelante disposiciones técnicas que pertenecen al Director y al cuerpo técnico?

No sé si he podido aclarar en algo el tema.

SEÑOR MINISTRO.- Es muy difícil delimitar tareas porque está todo interrelacionado, pero creo que es válida la observación del señor Senador García Costa respecto a que el Director del hospital va a continuar. Luego la funcionalidad en sí misma de la gestión del hospital abarca una cantidad de aspectos; no solamente números, sino también una cantidad de servicios. Esa es la gestión que nosotros estamos proponiendo alcanzar mediante estos convenios.

Por otro lado, quería precisar al señor Senador Larrañaga que, efectivamente, podría existir esa relación a la que se refirió, pero creo que la figura no se ha desarrollado porque no ha habido la oportunidad de formar equipos de gestión apropiados para llevar adelante estos emprendimientos. Si usted consigue, por ejemplo, un buen Director Técnico Médico con capacitación en gestión hospitalaria, y a la vez logra que se una con un profesional que puede ser un contador, o con un jefe de personal -me mencionan también la posibilidad de un abogado, un arquitecto o un ingeniero, así cumplimos con todos- tendríamos lo que llamamos un equipo de gestión apropiado para llevar adelante las tareas.

Respecto al artículo 247, cedería el uso de la palabra al señor Director de ASSE.

SEÑOR REPETTO.- Este artículo hace referencia a otro de los objetivos estratégicos de ASSE, que es el de profundizar en el proceso de descentralización de las unidades asistenciales respecto a la Dirección General. Para ello se establece una meta en elaborar compromisos de gestión con las distintas unidades ejecutoras dependientes para los años 2001, 2002 y 2003, en base a distintos porcentajes. Se prevé un 30% para 2001; un 60%, para 2002 y llegar hasta el 100% de las unidades ejecutoras en 2003. Estos compromisos serán progresivos en cuanto a sus contenidos y al grado de exigencia, atendiendo las diferencias de las realidades que existen hoy en los equipos de gestión de las unidades ejecutoras, donde hay equipos que ya están trabajando como tales, más capacitados, con más profesionalismo y a los cuales se les puede exigir un compromiso de gestión de mayor magnitud. Mientras tanto, hay otros donde la formación es menor e incluso en ellos se han producido algunos cambios.

En consecuencia, de acuerdo con el primer artículo que veíamos y que hacía referencia a la reestructura de ASSE -donde se van a determinar los servicios así como la calidad y cantidad de ellos- en estos compromisos precisamente vamos a poner cuáles son los servicios que tiene que prestar cada unidad ejecutora, en qué cantidad, qué especialidades van a cubrir, con qué calidad se van a atender y, a su vez, le vamos a poner las metas y los indicadores a efectos de ver que se estén cumpliendo dichos compromisos y detectar en una evaluación las desviaciones, haciendo las correcciones a tiempo. Asimismo, la Dirección General de ASSE se va a comprometer a brindar a la unidad ejecutora ciertas herramientas que ayuden y hagan válida su gestión, así como recursos relacionados con recursos humanos, una determinada estructura, posibilidades económicas y financieras y el equipamiento específico. Por lo tanto, lo que pretendemos aquí es formalizar y descentralizar lo que es el funcionamiento de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.

SEÑOR GARCIA COSTA.- La explicación que nos brinda el señor Director de ASSE me parece clara y tiene sentido, pero con las disculpas del caso debemos decir que el artículo 247 -y así lo conversábamos en corrillos- no alude a esos aspectos, sino que refiere a puntos ajenos a los que ha mencionado.

Concretamente, el artículo 247 establece "La asignación de los recursos presupuestales para las unidades ejecutoras"... -así es- ..."se realizará de conformidad con las pautas establecidas por la Dirección General de dicha Administración..." -ello es así; de lo contrario se hubiera roto totalmente el esquema administrativo- ..."de acuerdo a la reglamentación que dictará el Poder Ejecutivo".... En realidad, no es tanto como el señor Director había dicho previamente, en el sentido de que ya tienen algunas ideas concretas que no están traducidas acá. Luego, el mismo artículo continúa "estableciendo el grado de compromiso de gestión...". Entendí la explicación del señor Repetto, pero si esto pretende reflejar sus palabras, perdone que le diga que debería leer su versión taquigráfica, y el texto y quizás el Ministerio nos pueda enviar -no digo que sea así- una nueva redacción más clara y definida que ésta que no dice mucho respecto al criterio que habíamos escuchado que es razonable y tiene sus motivos.

SEÑOR MINISTRO.- Entendemos que es de recibo la inquietud del señor Senador García Costa y, por lo tanto, nos comprometemos a redactar nuevamente este artículo y ser más precisos respecto a los objetivos que busca.

Con relación al artículo 248, cabe señalar que éste alcanza todo lo que se conoce como asistencia integral. La asistencia integral es el derecho que por ley se concedió a los funcionarios públicos del Ministerio de Salud Pública, para su asistencia en materia de salud. A través de la Ley Nº 13.223, del año 1963 -es una ley muy escueta- han accedido a una serie de beneficios.

Este artículo concreto intenta regularizar una situación que desde nuestro punto de vista no es correcta en cuanto a su alcance, respecto a quienes tienen derecho a dichos beneficios, al tiempo que se intenta precisar cuál es el alcance de éstos en materia de la canasta de prestaciones. En consecuencia, lo que se pretende es delimitar lo que desde nuestro criterio es muy extenso ya que este beneficio alcanzaba a familiares de primer grado de consanguinidad, pero sin limitación alguna. Lo que hacemos es poner un límite respecto a la edad en aquellos grados de consanguinidad en que estén comprendidos menores y, a su vez, establecemos otra limitación que alcanza a aquellas personas que tengan doble cobertura -o sea aquellas que tengan un sistema privado- las que quedarían excluidas de este beneficio.

Respecto a la canasta de prestaciones, queremos ser claros que el articulado, tal como quedó en esta redacción, no corresponde a nuestra intención. Creemos que llama a confusión el hecho de que se defina que la canasta no será inferior a la que brinda ASSE a sus usuarios, ya que el servicio a que tienen derecho los funcionarios -y nuestra voluntad es que continúe siendo así- es superior a la que presta la canasta de ASSE, en virtud de que tienen derecho a atención odontológica, oftalmológica y psiquiátrica.

En definitiva, nuestro interés es que la canasta siga siendo la misma que tienen los señores funcionarios al día de hoy. Lo que pretendemos es normatizar y reglamentar sobre el uso de dichos servicios, situación que estaba bastante desordenada, razón por la cual estamos trabajando en la creación de una oficina específica que atienda este punto. Esto se hará a través de una administración efectiva que tendrá a su cargo los controles correspondientes respecto al buen uso de estos beneficios. No nos cabe duda que también, mediante licitaciones de los servicios que sean ajenos a los que presta el Ministerio, vamos a ganar para los funcionarios una mejor accesibilidad y calidad de servicios.

SEÑOR CID.- Simplemente para plantear una pregunta al señor Ministro. Me pareció entender que el señor Ministro estaba en desacuerdo en cómo había quedado esta modificación del artículo 4º de la Ley Nº 13.223, en el entendido de que, lo que establece este artículo 4º modificando el artículo 4º de esa ley, es nada más ni nada menos que lo que se da hoy en día, es decir, un servicio de asistencia integral que no es inferior a la canasta de prestaciones que da ASSE, pero que no modifica lo que ya los funcionarios y ex funcionarios reciben. Es decir que el artículo 4º parece absolutamente innecesario porque no agrega nada nuevo, salvo que se corrija y exprese que "reglamentará la presente ley, asegurando por parte de la Administración de Servicios de Salud del Estado a sus usuarios que no se modificará la asistencia que se brinda al momento actual" o alguna forma similar.

Reitero que este artículo 4º debería ser eliminado, de acuerdo a lo que ha expresado el señor Ministro y a lo que interpreto de su lectura.

SEÑOR RIESGO.- Quisiera que el señor Ministro me aclarara algunos aspectos que aún no comprendo.

El artículo 1º establece que en el caso de los familiares de primer grado de consanguinidad, dicha asistencia se limitará a los hijos menores de edad e incapaces. ¿Esto ya no lo hacía Salud Pública? Porque la inclusión de esta disposición me da a entender que un funcionario de Salud Pública que tuviera un hijo de 50 años casado, hasta el momento recibía la asistencia integral para éste.

SEÑOR GARCIA COSTA.- Es así, señor Senador.

SEÑOR MINISTRO.- Efectivamente, señor Senador.

SEÑOR GARCIA COSTA.- No puedo hablar respecto de este tema, porque estoy en el sistema. Soy -o seré en su oportunidad- jubilado de Salud Pública. Así que perdóneme el señor Senador, pero el Reglamento me impide hasta votar.

SEÑOR RIESGO.- El señor Senador García Costa está inhibido, aunque nunca lo estuvo.

También quería preguntarle al señor Ministro en qué consisten los servicios de oftalmología y odontología que se ofrecen dentro de la asistencia integral. Me gustaría saber si el Ministerio debe autorizar al funcionario a recibirla, si el funcionario tiene una lista de profesionales o si se le da una especie de permiso con limitación del gasto, etcétera.

SEÑOR MINISTRO.- En primer lugar, quiero contestar la pregunta formulada por el señor Senador Cid, señalando que interpretó bien lo que quisimos expresar en el sentido de que creemos que se debe buscar una mejor redacción a este artículo. Desde nuestro punto de vista y de acuerdo con la voluntad que hemos coordinado con los señores representantes de la Federación de Trabajadores, se debe mantener la canasta actual vigente. En ese sentido, si el artículo se limitara a decir "estableciendo que la canasta de prestaciones incluida en la asistencia integral será igual a la existente", creo que sería suficiente para que quede claro el objetivo de la disposición.

Con relación a las preguntas planteadas por el señor Senador Riesgo, le confirmo que era así, y es lo que nos ha llamado al asombro a todos; por eso la razón de este artículo. Este rubro venía creciendo exponencialmente; en tres años pasó de U$S 8:000.000 ó U$S 9:000.000 a U$S 18:000.000 para el año 1999, lo que significa un altísimo costo para el Ministerio.

Como expresaba, no está limitado el acceso de los familiares de primer grado y no había límite de edad alguno. Por lo tanto, perfectamente se podía dar la casuística que mencionaba el señor Senador. A su vez, tampoco se contemplaba la situación de poderío económico de los funcionarios que pudieran acceder a este servicio. Entonces, por el hecho de que una persona hubiera sido algún día funcionario de Salud Pública, independientemente de la capacidad económica de su padre o de su hijo de 50 años, tenía derecho a este servicio, situación que creemos que no es de justicia en el manejo de un Presupuesto tan ajustado como el de Salud Pública y que, además, no se corresponde con las generales de la ley en esta materia en otros institutos. Por eso es que la intención es ordenar este sistema.

Finalmente, respondiendo a la última inquietud del señor Senador, podemos decir que los procedimientos que estaban funcionando respecto al acceso al sistema están -porque aún sigue vigente la normativa anterior- bajo la órbita de una Comisión que tiene un muy bajo poder de control y se presta a irregularidades que pretendemos corregir con esta oficina especializada.

Para hacer referencia al próximo artículo, cedo la palabra al señor Director de ASSE.

SEÑOR REPETTO.- El artículo 249 hace referencia a un beneficio que reciben los funcionarios que prestan atención directa al paciente y se desempeñan en las salas de internación, en puerta de emergencia y en blocks quirúrgicos, y son tanto Auxiliares de Enfermería como Auxiliares de Servicio.

Lo que pretendemos con esta disposición es aclarar la presupuestación de este beneficio a medida que se incorporan funcionarios en algunos de estos servicios como consecuencia del problema de múltiples demandas, ya que no había rubro presupuestal para contemplarlos. Nuestro objetivo es que una vez que se haya definido la reestructura y que sepamos exactamente cuál será el organigrama de cada unidad ejecutora, se fije un cupo por cada una de ellas y que éste se respete. Al momento actual ya se pidió la adecuación de la partida a efectos de poder contemplar los reclamos que se vienen planteando de tiempo atrás.

De acuerdo a lo conversado con la Federación de Funcionarios de Salud Pública, tenemos la intención de hacer una pequeña modificación a la disposición por la que, una vez que se establece el cupo, éste queda asignado a la unidad ejecutora y se distribuye proporcionalmente entre los funcionarios con derecho a dicho beneficio. De esta manera, el cupo no quedará sujeto a lo que dice la redacción actual, que expresa: "La insuficiencia de crédito determinará que se distribuya proporcionalmente...", sino que tanto en más como en menos sí pueda ser distribuido entre los funcionarios.

SEÑOR RUBIO.- Quisiera que se me informara cuál es el impacto que se prevé de la aplicación de esta disposición. Esta compensación, por lo que veo en la norma referida, estaba fijada en un 20% del sueldo básico. Por lo que advierto ahora, la misma va a estar limitada a la disponibilidad de crédito presupuestal; por lo tanto, será un cupo que se distribuirá en forma proporcional.

Reitero que mi pregunta es cuál será el impacto de esta situación en los ingresos de los trabajadores.

SEÑOR MICHELINI.- Para que el señor Ministro responda ambas preguntas, quiero saber a cuánto asciende el cupo. ¿No convendrá establecer en el artículo el crédito presupuestal y después decir que se repartirá en cada lugar en función de los trabajadores que realizan dicha tarea? Creo que lo que tiene que autorizar el Parlamento es el cupo global, y acá no sabemos a cuánto asciende.

SEÑOR CID.- Quiero saber si entendí exactamente el razonamiento del doctor Repetto porque, en principio, no podría estar de acuerdo.

El doctor Repetto plantea que en este momento se está pidiendo el cupo de acuerdo a la realidad de trabajadores que ejercen la atención directa de pacientes; por lo tanto, lo que vamos a votar en el Presupuesto reconoce las distintas realidades de las diferentes unidades ejecutoras. Me pareció entender que se van a regularizar situaciones que hoy son irregulares y por las que se ha demandado -no sé si judicialmente- al Ministerio de Salud Pública. Quiere decir que vamos a resolver el problema de los que ingresaron a posteriori de que el cupo se hubiera agotado.

A posteriori -hasta ahí me parece haber seguido el razonamiento- hay otro aspecto que me preocupa porque de alguna manera está determinando un salario que puede ser fluctuando cuando ese cupo se distribuya entre todos los funcionarios, ya que se pueden generar nuevos ingresos a esas tareas. Supongamos un CTI que se amplía, recibe contacto directo y hay un cupo

distribuido entre los funcionarios que ya están trabajando, y se agregan dos camas. Entonces, ingresan más enfermeras y personal de limpieza, entre otros. En ese caso, de acuerdo con la redacción actual del artículo, se va a dar el caso de que, como se va a distribuir el cupo entre todos ellos, la compensación se va a ver disminuida, lo que seguramente va a generar conflictos adicionales. Reitero que esto sucedería como consecuencia de un problema de redacción y no de espíritu; así me parece percibirlo de las palabras del doctor Repetto.

SEÑOR GARGANO.- Creo que en este caso el cambio que se produce es en el mecanismo de remuneración.

Hasta ahora, de acuerdo con el artículo 280, de la Ley Nº 16.226, la compensación por atención directa y supervisión a pacientes internados en sala, servicios de emergencia y block quirúrgico, creada por el artículo 247 de la Ley Nº 15.903, de 10 de noviembre de 1987, se fija en un 20% del sueldo básico. Eso ahora se eliminaría y se pasaría a un mecanismo que la condiciona a la disponibilidad de crédito presupuestal. Anteriormente, Rentas Generales tenía que pagarla, porque era aparte del sueldo; ahora se va a asignar -supongo yo- un crédito presupuestal. El Ministerio determinará si en esa unidad ejecutora el crédito es de tanto o de cuanto y si no alcanza para cubrir el 20% del sueldo básico, no paga ese porcentaje, sino menos. En función de ellos, creemos que les asiste razón a los funcionarios de Salud Pública cuando dicen que eso implica una rebaja salarial. El señor Senador Astori me acota que eso "puede" implicar. Creo que en esta materia, dada la situación del país y de los recursos que no se tienen, todo parecería indicar que apunta a ello. Es más; el procedimiento no me parece más racional como sí lo era el anterior, porque era algo directo porque se podía calcular desde el principio. Si se tenía establecida una pauta de cuántos trabajadores estaban asignados a una tarea, se sabía cuánto iban a percibir, porque se tenía conocimiento del sueldo básico.

Esta es una opinión -no estoy solicitando ninguna aclaración al respecto- en función de la lectura de los textos correspondientes.

SEÑOR GARCIA COSTA.- Luego de escuchar las exposiciones del doctor Repetto y de la lectura del artículo, así como de algún conocimiento que nos queda, estimo que esto responde a una situación que se ha repetido mucho: Hay cupo presupuestal predeterminado fijado en las planillas respectivas. No es necesario incluirlo en esta ley, según la cual se puede dar el 20% en cada unidad ejecutora de acuerdo con las formas que permiten disponerlo. Usualmente, muchas más veces de lo que sería lógico y sin acusar a los que lo hicieron porque se trataba de una necesidad, se incluye más gente en el listado y se acabó el tema del cupo, lo que al Ministerio le provoca problemas insoslayables, porque pasado el cupo todavía hay gente que tiene derecho a cobrar porque está en la misma lista que figuran Juan, Pedro y Diego, que lo perciben.

¿Qué se procura? Que eso no suceda más. Dividirlo al 10% no implica que no suceda más, sino que ocurra en mayor medida de lo que venía dándose. Si el Ministerio quiere cerrar, lo hace y dice "Sólo hasta donde hay cupo presupuestal". Me parece que esa es la intención, porque el artículo termina haciendo, al Director de la unidad ejecutora, que comprometa gastos en contravención de la presente disposición, responsable directamente por su acción u omisión. En esta última parte, trasmitiría un mensaje al doctor Toma, en el sentido de que, más que "responda directamente", deje a los médicos de costado, porque esto es de abogados. Debería decir otra cosa como, por ejemplo, "se hará pasible de las sanciones administrativas" pero, reitero, que no responda directamente. ¿Acaso va a pagar de su bolsillo? Eso se torna imposible. De todas maneras, ese no es el problema.

Ahora bien; si el Ministerio quiere abrir ese cupo presupuestal para repartirlo al 10% -es lo que señala el señor Senador Gargano- es otra cosa, pero así debería indicarse. Por ejemplo, podría decirse que el cupo presupuestal creado por la ley tal se repartirá, de ahora en adelante, al 10% entre los funcionarios afectados. Si no fuera así, es fácil corregirlo y dejarlo, como creo que seguramente es la intención del Ministerio.

SEÑOR ASTORI.- Deseo realizar una pregunta muy específica: ¿qué quiere decir "proporcionalmente"? Hay muchos criterios de proporcionalidad posibles y me gustaría saber cuál se aplica en este caso. También deseo conocer si no sería necesario definir cuál es el criterio de proporcionalidad empleado.

SEÑOR RUBIO.- Me da la impresión de que, además de un problema sustantivo acerca del contenido de esta compensación, pueden suscitarse varios problemas jurídicos que deberían estudiarse.

En realidad, por el artículo correspondiente de la ley del año 1991 se establece que el cupo es de un 20%. Se puede entender que este texto que tenemos ahora a consideración lo está derogando. Insisto en que esto puede dar lugar a confusiones, por lo que no sé si no sería mejor estudiar el texto, además de la discusión que se genere sobre el contenido.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Mesa recuerda que restan considerar más de 20 artículos y el tratamiento del Inciso Salud Pública había sido señalado hasta las 17 horas.

SEÑOR REPETTO.- Con respecto a algunas de las preguntas que se fueron realizando voy a brindar los siguientes datos.

Los funcionarios que actualmente cobran este beneficio son 3.473 y los que no lo perciben son 426. El crédito actual es de $ 51:237.495; el aumento del crédito solicitado es de $ 4:583.772.

Por lo tanto, son correctas algunas de las apreciaciones que se hicieron en el sentido de que primero se ajusta el crédito a la situación actual, se reparte por las unidades ejecutoras y luego se determina las personas que van a cobrarlo.

En cuanto a otra de las preguntas respecto a si significa o no una rebaja salarial, entendemos que no es así. En lo que tiene que ver con la reestructura, de acuerdo con la evolución de la medicina, la capacidad instalada de camas y servicios de internación del Ministerio de Salud Pública, pensamos que mejorando el modelo de atención y priorizando el primer nivel de asistencia, va a requerir menos capacidad instalada de camas. Por lo tanto, en lugar de una rebaja salarial, pensamos que ello puede llevar a una mejora de las retribuciones al dejar fijo el cupo por unidad ejecutora. Esto así también lo entendió la Federación de Funcionarios de Salud Pública.

Por lo tanto y con la corrección a que hice mención en la segunda parte del artículo en donde se dice que el cupo asignado a la unidad ejecutora se distribuirá proporcionalmente entre los funcionarios con derecho a dicho beneficio, no sólo damos satisfacción a una de las sugerencias de la Federación de Funcionarios, sino que también creo que respondemos a la pregunta que hizo el señor Senador Astori.

SEÑOR ASTORI.- Pregunté cuál era el criterio de proporcionalidad. ¿Refiere a proporción de salarios, de horas, de algún tipo de capacidad? Puede haber muchos criterios diferentes, todos proporcionales. Entonces, mi pregunta es, no si se va a distribuir proporcionalmente, sino cuál es el criterio de proporcionalidad, y si no convendría definirlo, para no dejarlo abierto a una discusión que podría ser engorrosa.

SEÑOR REPETTO.- El porcentaje lo marca la reglamentación vigente, que está establecido en un 20%. Lo que nosotros queremos poner a cero es la situación al día de hoy viendo la falta de cupo necesaria para poder contemplar lo que marcaba la reglamentación. Una vez que esto se distribuya por unidad ejecutora, de acuerdo a lo que marca la reglamentación y a las personas que estén cumpliendo efectivamente la atención directa al paciente, queda establecido el cupo. Por lo tanto, lo que luego es proporcional es la distribución, o sea, si aumenta o baja.

SEÑOR COURIEL.- ¿Se mantiene el 20% sobre el sueldo básico?

SEÑOR REPETTO.- Así es, señor Senador.

SEÑOR COURIEL.- Por lo tanto, la proporcionalidad se refiere a ese 20%. Entonces, ¿ ese porcentaje queda condicionado a la disponibilidad del crédito presupuestal? ¿Si no hay crédito, no se paga el 20%?

Es la pregunta que quiero hacer porque, desde ese punto de vista, el artículo está confuso.

SEÑOR REPETTO.- El 20% sobre el sueldo es lo que nos permite calcular el cupo para cada unidad ejecutora. Una vez establecido éste, si disminuye la cantidad de funcionarios a recibirlo, como el cupo se mantiene fijo, aumentará la retribución. Así lo entendió la Federación de Funcionarios y ellos mismos van a controlar que la cantidad de funcionarios que estén en cada uno de los servicios sea la que realmente se necesita, y no más. Ahora bien; si hubiera un aumento en la cantidad de funcionarios, como el cupo fue calculado en base a las condiciones que dijimos, el complemento que recibirían por este cupo sería menor.

SEÑOR COURIEL.- Entiendo perfectamente, pero entonces está mal redactado.

SEÑOR NIN NOVOA.- Me pareció escuchar que el doctor Repetto decía que la redacción dada a este artículo tiene la conformidad de la Federación de Funcionarios de Salud Pública.

SEÑOR REPETTO.- Así es, señor Senador.

SEÑOR NIN NOVOA.- Tengo un documento que, salvo que sea viejo, dice lo contrario. Por ello, me gustaría que se hiciera alguna aclaración.

Concretamente, el documento dice que este artículo significa una rebaja salarial para más de 5.000 funcionarios, en un orden superior a los $ 500 mensuales. Para ahorrarle tiempo a la Comisión, paso a la última parte que dice que, por lo tanto, este artículo debe ser rechazado o, en su defecto, establecer la solicitud de recursos económicos necesarios para cumplir la ley. ¿Puede ser que se trate de un documento viejo?

SEÑOR REPETTO.- Efectivamente, parecería ser viejo, porque la semana pasada tuvimos una reunión con la Federación de Funcionarios, en donde se realizó la redacción sustitutiva que tenemos presente. Lo que tendríamos que modificar es lo que continúa, luego que se dice que quedará condicionado a la disponibilidad del crédito presupuestal. Se establecerá: "El cupo asignado a la unidad ejecutora se distribuirá proporcionalmente entre los funcionarios con derecho a dicho beneficio." Así, cambia la redacción que decía que la insuficiencia del crédito era la que hacía la distribución proporcional. Ahora, en más o en menos, la distribución siempre será proporcional, que es lo que entienden los funcionarios que puede llevar a una mejora en las retribuciones.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Mesa agradecería que se le hiciera llegar el texto a que acaba de hacer referencia el señor Director de ASSE.

SEÑOR GARCIA COSTA.- Pediría que el doctor Repetto medite en este momento, porque es uno de los peligros mayores en materia de administración decir que si 50 cumplen una función se repartirá, por ejemplo, $ 1:000.000, pero si 30 -o 20- lo hacen, también se repartirá lo mismo. El resultado -todos son de carne y hueso como nosotros- es que al final la van a cumplir entre cinco, no en bien de los enfermos, sino porque cada uno menos significa un peso más, y la gente pelea por ese peso.

Le pediría, entonces, al doctor Repetto que lo medite porque es un estímulo a una actividad a la que ni los propios Directores se pueden sustraer, puesto que terminan diciendo a la gente que no se preocupe, que las cosas se van a dejar como están y que se hará caso omiso de la necesidad inicial.

SEÑOR CID.- Me pareció entender en las palabras del doctor Repetto que este artículo va a ser supervisado o de alguna manera fiscalizado por los propios trabajadores. Coincido en la inconveniencia que tiene este alcance que se da al proyecto, porque no sería extraño que en determinadas situaciones, y más allá de la previsión que hace el doctor Repetto en cuanto a que no se van a precisar más camas asistenciales, realmente se puedan necesitar. Aquí tenemos un ejemplo. Desde que se aprobó la ley en 1991, se creció en un 10% el número de funcionarios que hoy tienen derecho al beneficio. Entonces, ¿quién nos asegura que en los próximos años esta situación no se vuelva a repetir frente a situaciones particulares del país, en la que precisemos habilitar nuevas áreas transitorias o definitivas en las que ingresen estos funcionarios? Imagino la polémica que puede llegar a tener el Director del Servicio con sus propios funcionarios cuando quiera expandirlo, porque seguramente la expansión les va a significar un descenso de sus salarios. Sin duda, se va a crear un conflicto funcional.

Creo, más allá de la buena intención de la Dirección de ASSE, se está poniendo una soga al cuello. No sé como formularlo, pero me parece que debería haber un criterio de mayor flexibilidad y no de tanta rigidez en este punto, para prever la posibilidad de nuevos ingresos.

SEÑOR MICHELINI.- Creo que es buena la intención de otorgar una compensación cuando se está en contacto con determinados enfermos, más allá de lo que establece la redacción.

Entonces, más allá de que no se dé una incorporación masiva -porque eso supone un aumento salarial- se trata de un crédito presupuestal o de un cupo que si no se aumenta sustancialmente, se dividiría entre todos los funcionarios que presten una atención directa a los pacientes.

Ahora bien, para que no se dé lo que decía el señor Senador García Costa, de pronto lo que hay que establecer aquí son mínimos y máximos, de manera que se pueda regular. Hay que estudiar, por lo tanto, la redacción. Insisto en que el propósito es bueno y lo peor que puede pasar es que se pierda la calidad de la atención en función de que disminuyan sustancialmente los funcionarios. También habría que cuidar que no aumente esa cantidad, por una cuestión de buena administración.

Por lo tanto, entiendo que lo que hay que hacer es estudiar más el artículo, de tal manera que el propósito de dar una compensación especial -compartido por el Poder Ejecutivo, por los trabajadores y por quien habla- no se pervierta en sus objetivos cuando se logre una redacción que a la vista parece inadecuada.

SEÑORA ARISMENDI.- En realidad, no comparto la forma cómo se aborda este problema. Para mí la cuestión tiene que ver con cómo se considera al funcionario de Salud Pública en determinadas condiciones y cómo se lo hace cuando éstas varían, cuando se trata de la atención directa del enfermo, como empezó a señalar el señor Senador Michelini, hasta donde estuve de acuerdo. O sea, lo que esto significa desde el punto de vista de su compensación, es decir, un equis aporte extra porque tienen más tareas, están en mayor situación de riesgo y, además, las mismas generan más tensión. Entonces, estamos hablando de cómo se considera la labor que desarrolla quien está en contacto directo con los enfermos. ¿Cuál es el porcentaje extra que perciben por ello? Hasta ahora, en el artículo que a mi juicio esto deroga, era un 20% sobre el sueldo básico. O sea que había una compensación desde el punto de vista salarial y un reconocimiento.

En cuanto a la propuesta que se presenta, me da la sensación de que es la "ley de la selva". Tiene una filosofía predominante que no comparto y que tiene que ver con la forma en cómo se reparte la torta. Si ésta es más chica, la repartimos más, y se está fomentando una ley de la selva que implica que haya menos camas, menos funcionarios, etcétera, porque tenemos para repartir determinada cantidad que se convierte en la disputa de salarios miserables. Estamos hablando de un 20% ¿sobre cuánto? En los artículos anteriores se hablaba de compensaciones vinculadas con la canasta de prestaciones para familiares que lo que hizo fue ir remendando salarios bajísimos con distintas cosas que se fueron conquistando. Esta es la base del problema.

Por otra parte, existen ciertos adefesios que se van conformando a partir de una premisa, que es que el trabajador de la salud no es reconocido desde el punto de vista de su compensación económica ni a nivel social.

Entonces, me parece que más allá de los arreglos que se puedan hacer y de la propuesta que se presenta, hay que revisar todo el tema. Si se deja un 20% de compensación como hasta el momento, se debe determinar cuántas camas se necesitan. Este estudio tiene que ver con las necesidades de la población y con toda una serie de aspectos que tendríamos que considerar más a fondo, y no con el hecho de ver cómo recorto una cama de acá o un funcionario de allá para que el cupo presupuestal rinda. De esta manera se fomenta una filosofía que va prendiendo. Con toda sinceridad, esto no me causa gracia porque, en definitiva, está atentando contra valores que siempre han estado presentes. Me refiero a que en este país existen la Salud Pública y la Educación Pública, sobre la base de que siempre hubo funcionarios que han mantenido todo el sistema con sueldos miserables.

Entonces, para mí el quid de la cuestión está en cuánto se reconoce el trabajo de quienes atienden directamente a los enfermos, a lo que alude este artículo. Es un equis porcentaje, que tendrá en cuenta la situación del país, los males y las plagas que se han desatado, pero que, en definitiva, tiene una determinación calculable y, en última instancia, proporcional a quien cumple una tarea en otra dependencia y que no está directamente vinculada con el enfermo.

En definitiva, creo que lo que estamos discutiendo va más allá de si es un 20%, un 10%, el cupo tal o el cupo cuál. Es un problema mucho más profundo que deberíamos abordar con la seriedad que requiere, porque estamos hablando de la salud pública y de quienes se encargan de preservarla.

SEÑOR MINISTRO.- A los efectos de objetivar el tema, debo decir que lo que aquí se intenta es ordenar una situación que estaba desordenada. Existe una ley que reglamenta claramente este incentivo que se da a los funcionarios que tienen una atención directa de los pacientes. Esa ley es clara en su porcentaje de compensación, que es el 20% del salario básico. A partir de eso existe un reglamento que establece qué funcionarios tienen derecho a este beneficio. Por lo tanto, todo el sistema está regulado; lo que había era un desvío porque no se cumplía el reglamento. Esto se daba porque determinados Directores incluían dentro de la atención directa al paciente a algunas personas que no cumplían con los cometidos precisados en el reglamento, o sea, funcionarios que no lo merecían. Precisamente, lo que buscamos es tratar de concertar lo que establece el reglamento y determinar las condiciones que deben cumplir los funcionarios para acceder al beneficio. Asimismo, luego de realizar un estudio serio y profundo acerca de quiénes son los funcionarios que tienen derecho a dicho beneficio, la intención es pedir un aumento en nuestro presupuesto -establecido en el planillado presentado- que contemple este dinero que deben percibir quienes estén encuadrados dentro de las condiciones que establece la reglamentación. Lo que sucede hoy día es que debido a situaciones que no se ajustan a la realidad, el Ministerio tiene un sistema en el que hay permanentes injusticias, puesto que si hay cien pesos, cobran los que llegan primero hasta que se acabe ese dinero. A partir de ese momento, los demás tienen que ir a la sede judicial a intentar cobrar ese beneficio que les pertenece.

Nuestra intención, mediante este artículo, es corregir esa situación, solicitando a los señores Senadores que voten un determinado incremento en el rubro presupuestal que, según nuestros estudios, alcanza para cubrir a todos los funcionarios que estarían incluidos en la normativa de atención directa al paciente. Por lo tanto, lo demás son todas suposiciones.

Con relación al artículo 250, si el señor Presidente y los miembros de la Comisión están de acuerdo, lo vamos a considerar en forma conjunta con los artículos 251 y 252, ya que los tres hacen a lo que nosotros llamamos doble cobertura.

A este respecto, nuestra propuesta es intentar abatir un tema conocido a nivel nacional que ya fue mencionado anteriormente en nuestra exposición. Me refiero a las personas que tienen derecho a ser asistidas en determinados regímenes de cobertura asistencial y están siendo atendidas también por nuestro servicio a través de ASSE. Con esto pretendemos que acceda a la atención pública de su salud quien realmente tiene derecho, de acuerdo con lo que la Constitución establece, evitando los desvíos que se han originado hasta el presente. Para esto estamos instrumentando -y ya está en funcionamiento- un elemento que era

básico: tener identificados a quiénes son los que tienen derecho a ser asistidos en Salud Pública. Lamentablemente, en esta primera etapa, lo estamos haciendo por medio de lo que llamamos comprobación negativa. Hemos logrado crear un sistema informático en el que están cargados todos los socios del mutualismo, o sea, del subsector privado. Por ende, la Administración del centro correspondiente puede chequear, a través de su cédula de identidad, si quien se presenta en un Centro de Salud Pública, ya tiene derecho asistencial o no en otro servicio. Aspiramos para el año que viene tener nuestro propio registro de usuarios y desarrollar lo que comúnmente se conoce como la identificación de usuarios, que hasta el momento no ha podido hacerse en la forma que merece, a fin de tener la certeza -esto ameritará otro tema de discusión- y de saber cuáles son los límites que marca la Constitución de la República.

En consecuencia, solicitaremos en su oportunidad a las Comisiones de Salud Pública respectivas del Parlamento asesoramiento respecto a este punto. Pero, con esta normativa, establecemos lo que en definitiva es el funcionamiento del mecanismo en la asistencia médica privada.

Por lo tanto, si se presenta alguien que tiene derecho a ser atendido en otra institución, se llama a la misma y si ésta lo aprueba, se cargarán los costos a dicha institución. Naturalmente, no vamos a dejar a nadie sin asistencia en la medida de la urgencia que ello amerite y requeriremos una prueba fehaciente de contestación por parte de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, en cuanto a que aceptan que sean atendidos por el Ministerio de Salud Pública. Lo demás son elementos de funcionamiento como lo son la posibilidad de la factura y la retención por parte del Banco de Previsión Social.

SEÑOR MICHELINI.- Quisiera formular dos preguntas con respecto a estos artículos.

Por un lado, a través del artículo 251, el Ministerio de Salud Pública descontaría de los pagos del Banco de Previsión Social las facturas que esas instituciones determinaron. Es decir que se presta una asistencia por parte de Salud Pública a una persona afiliada a una Institución de Asistencia Médica Colectiva y si no la paga se la descontamos del Banco de Previsión Social cuando pague lo que comúnmente se llama DISSE. Entonces, ¿qué pasa si el Ministerio de Salud Pública le debe a esa mutualista? ¿El Ministerio no debería primero descontarla de esos pagos?

Por otra parte, voy a plantear otra interrogante que no se refiere a estos artículos pero quizá, habría que establecer algo. Cuando el Ministerio le debe a una mutualista y está autorizado para hacerlo, pero no tiene recursos, ¿no podrá pagar el Ministerio de Salud Pública con créditos al Banco de Previsión Social, de tal manera que esas mutualistas o cooperativas no generen incumplimientos con los aportes a dicho Banco? Repito, si el Ministerio de Salud Pública le debe por servicios prestados a esa mutualista, no los puede pagar porque no hay dinero en caja, aunque esos créditos están autorizados, ¿no se le podrá otorgar créditos para que la mutualista o la cooperativa médica pueda presentarse al Banco de Previsión Social y bajo esos créditos presupuestales cancelar pagos con esa institución?

SEÑORA XAVIER.- Quería hacer una pregunta muy breve, ya que el señor Ministro de Salud Pública habló de la dificultad en la concreción de los censos de los usuarios de Salud Pública. ¿Podríamos tener algún elemento ilustrativo en cuanto a estas dificultades? Hago esta interrogante porque actualmente, tanto en este tema como en otros anteriores, se generan ciertas incertidumbres por parte del Ministerio de Salud Pública, si bien muchas de las propuestas tienden a mejorar esta situación.

En definitiva, quisiera saber si se trató sólo de una dificultad para llegar en tiempo y forma a esta instancia o si obedece a algún otro tipo que sucintamente el señor Ministro pudiera aclarar.

SEÑOR ARREGUI.- Quisiera saber cómo opera esta norma proyectada, de acuerdo a una situación que puede ser muy común: la imposibilidad de pago de tickets. Puede suceder que una persona afiliada a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva o a través de DISSE vaya a un hospital a requerir los servicios, allí se consulta a dichas Instituciones, se le dice que ellos se van a hacer cargo de la prestación correspondiente del servicio de salud, pero el usuario no tiene el dinero necesario para pagar el ticket. Entonces, ¿qué sucede en una situación de este tipo? A mi entender, queda como un sandwich, porque no puede asistirse ni a través de un mecanismo ni del otro.

SEÑOR MINISTRO.- Le voy a contestar en primer lugar al señor Senador Michelini.

Quiero hacerle notar que en el inciso segundo del artículo 251 se gatilla si las instituciones, habiendo reconocido el servicio prestado por el Ministerio de Salud Pública -que en el artículo anterior se expresa que tiene que ser a través de medios fehacientes- no pagaran en tiempo y forma las obligaciones contraídas. Por ese motivo dice "en caso de incumplimiento"; recién allí se prevé el mecanismo de descuento por parte de la situación de los fondos de DISSE.

De todas maneras, creo que es de recibo lo expresado por el señor Senador Michelini, respecto a que podríamos abrir la posibilidad, para el caso de que el Ministerio de Salud Pública le estuviera debiendo por servicios prestados a una institución específica, de compensar entre el Ministerio y dicha institución las facturas correspondientes.

Con respecto a la segunda inquietud planteada por el señor Senador Michelini en cuanto a compensación de créditos de adeudos del Ministerio de Salud Pública con certificados del Banco de Previsión Social, debo indicar que, como comprenderá el señor Senador, es un tema que escapa a nuestras posibilidades puesto que entraría dentro de la órbita del Ministerio de Economía y Finanzas. Es una de las situaciones que se han manejado extensamente como posibles soluciones a casos financieros complicados pero, hasta el momento, no hemos tenido de parte del Ministerio de Economía y Finanzas una satisfacción a este tema.

En relación a lo planteado por la señora Senadora Xavier que, si no la mal interpreté, me preguntaba el motivo por el que la identificación de usuarios no ha sido posible realizarla hasta el presente. La explicación que le puedo dar es que se trata de un tema harto complejo que viene de varias Administraciones anteriores, y hay una experiencia que se puso en funcionamiento en el Período anterior en algunos hospitales a través de un "software", que se está analizando y corrigiendo; de aquí en más esperamos avanzar fuertemente. Además, dentro del proyecto de ley de Presupuesto hemos incluido un rubro específico para esto, porque creemos que es de vital importancia que el Ministerio conozca esos datos con certeza -no quiere decir que no haya actualmente un Banco de Datos- y que quienes tienen el carné de usuario sean realmente los que lo merecen y no queden afuera personas que de alguna manera todavía no han accedido a él.

En cuanto al planteo realizado por el señor Senador Arregui en relación al pago de los tickets, le diría que esa temática, desde nuestro punto de vista, la estamos encarando en el tema del fortalecimiento del mutualismo. Es de conocimiento público que hemos expresado -y ya se ha tomado alguna medida- que no estamos de acuerdo con los valores que tienen hoy los tickets y órdenes en el sistema mutual, que han pasado de ser de moderadores a recaudadores. Por esto entendemos que la solución pasa por un ordenamiento de los valores en el sector mutual, que debe tener tickets más accesibles para la población, de forma tal que no se cree este problema que lleva, inevitablemente, a la doble cobertura. Esto no quiere decir que es de responsabilidad de las mutualistas, sino de Salud Pública el atenderlos. Tampoco quiere decir que Salud Pública, cuando se presente un caso de extrema pobreza que se encuadre dentro de su clientela, lo va a dejar sin asistencia. Creemos que el tema hay que mirarlo por el lado de las correcciones a tomar dentro del mutualismo, más que en Salud Pública.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Mesa da cuenta de que estamos pasados de la hora y los representantes del Ministerio de Defensa Nacional ya están en Antesala. De manera que, salvo mejor opinión, lo que podríamos es sugerirle al señor Ministro que procure hacer un rápido repaso de los artículos restantes a los efectos de poder concluir con este tema.

SEÑOR MICHELINI.- Creo que le podríamos pedir al señor Ministro de Defensa Nacional que venga en otro momento o le solicitamos al señor Ministro de Salud Pública que concurra otro día. Lo que no podemos hacer es efectuar un repaso rápido del resto del articulado.

En definitiva, hay artículos de suma importancia que, incluso, el señor Ministro quiere se comprendan bien para su futura votación, cosa que no vamos a poder hacer en los minutos que nos quedan. Pienso que lo que corresponde ahora es liberar al señor Ministro de Salud Pública, recibir al señor Ministro de Defensa Nacional y coordinar un día para la semana que viene, a fin de terminar con este articulado.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Mesa toma en cuenta lo sugerido por el señor Senador Michelini y les recuerda a los señores Senadores que la agenda ya se encuentra bastante comprimida. Pensamos que, salvo opinión en contrario, la sugerencia del señor Senador es aceptada por los miembros de la Comisión.

Por lo tanto, agradecemos la presencia del señor Ministro de Salud Pública, al señor Subsecretario, al señor Director de ASSE y asesores. Además, procuraremos, de común acuerdo, concertar una nueva audiencia de manera de completar los restantes artículos que han quedado sin considerar.

SEÑOR MINISTRO.- Agradecemos que nos hayan recibido y estamos a las órdenes para cuando ustedes lo entiendan conveniente.

(Se retiran de Sala el señor Ministro de Salud Pública, el señor Subsecretario y sus asesores)